

AMICALE PAYS D'OUEST - 2024

AROPA 53 et AMICALE RETRAITES MSA 61 - Bien Etre

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	100%
- Généralistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	100%
- Spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	150%
- Spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	130%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	120%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	400%
Transports pris en charge par le RO	55%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	180%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	150%
Chambre particulière avec nuitée (2)	-	100 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire (2)	-	50 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (3)	-	Frais réels
Optique (4)		
Equipements 100% santé (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (5)		
- Verres simples+monture	60%	370 €
- Verres complexes ou très complexes+monture	60%	552 €
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	482 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	0 à 60%	100% + 200€/ 2 ans
Autres prestations optiques 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	300 € / oeil / an
Dentaire (6)		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay)	60%	150%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé		
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core) (7)	60%	300%
- Prothèses non prises en charge par le RO ou Hors nomenclature	-	200 € / an
Parodontologie, implantologie, inlay-onlay (8)	-	350 € / an
Aides auditives		
Equipements 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (9)	60%	100% + 700 €
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins et forfait thermal pris en charge par le RO	65% à 70%	100%
Transport et hébergement pris en charge par le RO	55%	65% + 100€/ an
Prévention (10)		
Actes de prévention pris en charge par le RO		
- Prévention des caries pour les enfants	70%	100%
- Détartrage annuel dentaire	70%	
- Ostéodensitométrie	70%	
- Dépistage des troubles du langage pour les enfants	70%	
- Dépistage de l'hépatite B	70%	
- Dépistage auditif	70%	
- Autres actions de prévention prises en charge par le RO	70%	

AMICALE PAYS D'OUEST - 2024 (Suite)

AROPA 53 et AMICALE RETRAITES MSA 61 - Bien Etre

Régime
obligatoire (RO)

Régime obligatoire + Mutualia

Bien-être (11)		
- Médecines douces (12)		
- Ostéopathie	-	3 x 25€/an
- Chiropractie	-	
- Acupuncture	-	
- Etiopathie	-	
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique/ vaccins prescrits	-	45 € / an
- Ostéodensitométrie non prise en charge RO	-	40 € / an
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique - FR : Frais Réels - RO : Régime Obligatoire - TM : Ticket Modérateur

Les taux de remboursement de la Sécurité Sociale sont mentionnés ci-dessus à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision réglementaire ou législative. Les taux indiqués s'appliquent aux tarifs de Base de Remboursement de Sécurité Sociale, dans les limites des frais engagés et sous réserve de remboursement par le Régime Obligatoire. Les garanties s'appliquent dans les limites des dispositions du contrat. Les garanties sont responsables au sens des articles L.871-1 et R 871-1 et suivant du Code de la Sécurité Sociale tels qu'issus des notifications introduites par l'article 56 de la loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2014 et le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014. Conformément à la loi, la mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire (1 euro) ainsi que les franchises et majorations applicables au 1er janvier 2009 en cas de non respect du parcours de soins. Dans le cadre des actes de plus de 120 euros mis en oeuvre par des spécialistes, la participation forfaitaire est prise en charge par la mutuelle.

(1) Prévus à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) Limité à 90 jours par an et par bénéficiaire, en psychiatrie, cure, convalescence, moyen séjour, sanatorium, rééducation, maison de repos, établissement non conventionné

(3) Prise en charge du lit et des repas pour l'accompagnement d'un enfant de - 16 ans. Dans la limite de 60 jours.

(4) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues. Remboursement de la monture limité à 100 euros

(5) Equipements composés de 2 verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, tels que définis réglementairement et selon les conditions et modalités de prise en charge prévues dans le contrat

(6) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par le contrat.

(7) Plafonné à 1000€/ an / ben.

(8) Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire.

(9) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(10) Selon les modalités et conditions prévues au contrat.

(11) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué. Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures.

(12) Inscrits au répertoire ADELI, ou amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin une sage femme ou un chirurgien-dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement.